



Certificat Médical Annuel de simple surclassement

Je soussigné(e), Docteur

Demeurant :

Médecin Agréé par la F.F.T.A, certifie avoir examiné ce jour :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Poids : Taille :

Licencié au club de : N° licence F.F.T.A :

Actuellement en dernière année de la catégorie

U11 U13 U15 U18

Au terme de mon examen, cet archer ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable à un surclassement en catégorie

U13 U15 U18 U21

***N.B. :** la demande de surclassement est adressée par l'archer ou le club accompagnée d'une copie du présent document à support.licences@ffta.fr*

Certificat établi le / /

Signature et cachet du médecin fédéral Agréé